TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr J.-L. FAURE

Chirurgien des hôpitaux

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

TITRES SCIENTIFIQUES

Externe des hôpitaux, 1er février 1886.

Interne des hôpitaux, 1er février 1887.

Aide d'anatomie (Premier), 1889.

Prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux, 1891.

Docteur en médecine, 1892.

Chirurgien des hôpitaux, 1895.

Lauréat des hôpitaux (accessit de médaille d'or, Chirurgie), 1890.

Lauréat de la Faculté de médecine (médaille de bronze, Thèse), 1892.

Lauréat de l'Institut (Prix Mège), 1894.

ENSEIGNEMENT

Conférences d'anatomie : École pratique, 1889-90 ; 1890-91 (Adjuvat.)

Cours d'anatomie et de médecine opératoire Amphithéâtre des hôpitaux. 1891-92 ; 1892-93 ; 1893-94 ; 1894-95 (Prosectorat).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — PUBLICATIONS DIDACTIQUES

Traité de chirurgie clinique et opératoire (publié sous la direction de MM. Le Dentu et Pierre Delbet).

VOLUME I. — — Articles : Phlegmon circonscrit.
Phlegmon diffus.
Septicémie.
Infection purulente.

Dans le même volume.

MALADIES CHIRURGICALES DE L'APPAREIL TÉGUMENTAIRE

Voici les divisions principales et les divers chapitres de ce travail :

Chapitre I. — Lésions infectieuses.

I. — Lésions des follicules pilo-sébacés et des glandes annexées à la peau.

1° Furoncule et anthrax.
2° Hydradénite ou abcès tubéreux.
3° Bouton d'Orient.

II. — Lésions de la peau proprement dite.

Tuberculose.

1° Tubercule anatomique.
2° Tuberculose verruqueuse.
3° Ulcération tuberculeuse.
4° Lupus.
5° Gommes tuberculeuses cutanées et sous-cutanées.

CHAPITRE II. — LÉSIONS ORGANIQUES.

I. — Lésions organiques de la peau proprement dite.

1° Hypertrophies de la couche cornée de l'épiderme.

a) Durillon.
b) Cor.

2° Cornes cutanéea.
3° Épithéliomas cutanés.
4° Verrues.
5° Chéloïde.
6° Fibromes de la peau : fibroma molluscum.
7° Tumeurs diverses de la peau.

a) Sarcomatose cutanée.
b) Nævi congénitaux.

II. — Lésions organiques des appareils glandulaires annexés à la peau.

Kystes sébacés.

III. — Affections du tissu cellulaire sous-cutané.

Tubercules sous-cutanéa douloureux.

CHAPITRE III. — LÉSIONS PAR PARASITES NON MICROBIENS.

I. — Éléphantiasis.
II. — Dracunculose.

VOLUME VIII (*sous presse*) :

MALADIES CHIRURGICALES DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES

CHAPITRE I. — LÉSIONS TRAUMATIQUES.

1° Contusions et déchirures du foie.
2° Plaies du foie.
3° Plaies et ruptures dea voies biliaires.

CHAPITRE II. — LÉSIONS INFECTIEUSES.

1° Angiocholites et cholécystites infectieuses.
2° Abcès du foie.
3° Tuberculose du foie.

CHAPITRE III. — LÉSIONS ORGANIQUES.

1° Tumeurs du foie.
2° Tumeurs de la vésicule et des voies biliaires.

CHAPITRE IV. — LÉSIONS DE NUTRITION.

1° Hépatoptose.
2° Lithiase biliaire.

CHAPITRE V. — LÉSIONS PAR PARASITES NON MICROBIENS.

Kystes hydatiques du foie.

CHAPITRE VI. — INDICATIONS ET TECHNIQUE DES OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES VOIES BILIAIRES.

1° Cathétérisme des voies biliaires.
2° Cholécystotomie et cholécystostomie.
3° Cholécystectomie.
4° Cholécystentérostomie.
5° Cholédocotomie.

Traité de chirurgie (publié sous la direction de MM. S. DUPLAY et P. RECLUS).

MALADIES DE L'ANUS ET DU RECTUM (En collaboration avec le Dr H. RIEFFEL).
(Sous presse.)

II. — ANATOMIE

L'appareil suapenaeur du foie. (Th. Paris, 1892.)

Ma thèse se composa de deux parties bien distinctes : un chapitre de pathologie et da thérapeutique sur la chute du foie et le traitement qu'on lui doit opposer, et un chapitre d'anatomie et de physiologie sur les conditions de suspension et de stabilité du foie. C'est ce chapitre seul qua ja vais analyser ici, réservant l'autre pour le moment où j'aurai à m'occuper da la pathologie chirurgicale.

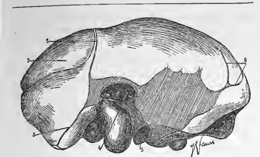
Ja me suis surtout attaché à démontrer qua la masse intestinale, « coussinet élastique » dont la plupart des auteurs invoquent l'action dominante dans la suspension du foie, joue, en réalité, un rôle absolumant accessoire, at que les ligaments propres de l'organe sont plus que suffisants pour le maintenir à sa place, au point le plus élevé de la cavité abdominale.

J'ai été, au cours da mes nombreux examens, amené à décrire le ligament conoraire plus exactement qu'il ne l'avait été jusqu'alors.

J'ai pu d'abord constater qu'il est beaucoup plus large qu'on ne le croit généralement. J'entends par là que l'espace celluleux qui sépare son feuillet antérieur de son feuillet postérieur, espace au niveau duquel le foia est en contact avec le diaphragme, est très considé rable. Je lui ai vu atteindre jusqu'à 12 centim. au niveau du lobe droit.

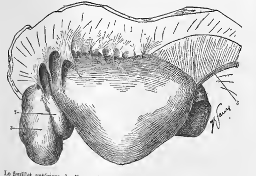
Il présente au niveau de son feuillet antérieur un grand nombre de petites logettes constituées par des replis péritonéaux antéro-postérieurs et bien visibles, surtout sur les foies de nouveau-nés.

Le feuillet postérieur du même ligament coronaire, situé moitié dans la grande cavité péritonéale à droite de l'hiatus de Winslow, moitié dans l'arrière-cavité des épiploons, à gauche du même hiatus, présente, lorsqu'on soulèva le foie, un certain nombra de replis éga-



Foie du nouveau-né. Vue postérieure. Les hachures recouvrent la partie dépourvue de péritoine.

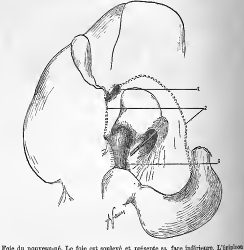
1. Trace du ligament suspenseur. — 2. Lobe supplémentaire. — 3. Trace du ligament triangulaire gauche. — 4. Section supérieure de la veine cave et abouchement des veines sus-hépatiques. — 5. Section inférieure de la veine cave. — 6. Trace du ligament triangulaire droit, qui est double.



Le feuillet antérieur du ligament coronaire avec ses nombreux replis. Foie du nouveau-né.

1. Capsule surrénale. — 2. Rein droit. — 3. Veine ombilicale.

lement bien visibles chez le nouveau-né, ligament hépato-rénal, hépato-surrénal, etc., et aussi, mais d'une manière inconstante, une petite fossette, comme on en voit tant dans le péritoine et à



Foie du nouveau-né. Le foie est soulevé et présente sa face inférieure. L'épiploon gastro-hépatique est enlevé et coupé au niveau de son insertion. Le fond de l'arrière-cavité des épiploons est donc apparent.

1. Section des vaisseaux du hile du foie (veine porte, art. hépatique, canal cholédoque). — 2. Trace des 2 feuillets de l'épiploon gastro-hépatique, incisés. — 3. Veine cave et hiatus de Winslow. La fossette sous-spigelienne est ici très marquée.

laquelle, de par sa situation, j'ai cru pouvoir donner le nom de *fossette sous-spigelienne*.

Mais ces détails anatomiques n'ont qu'un intérêt très minime auprès des expériences que j'ai faites sur l'importance et la solidité relatives des divers organes qui unissent le foie au diaphragme.

Je me suis ainsi convaincu que c'est la veine cave inférieure qui joue, dans la suspension du foie, le rôle de beaucoup le plus important.

Le foie, intimement uni à la veine cave par les veines sus-hépatiques, est comme appendu à ce gros vaisseau, fixé lui-même très solidement au centre phrénique. La veine cave est à elle seule plus résistante que tous les ligaments du foie réunis, suspenseur, coronaire et triangulaires.

L'ensemble de ces moyens d'union, ligaments et veine cave inférieure, constitue un appareil extrêmement puissant, capable de supporter en moyenne un poids de 35 à 40 kilogr., vingt-cinq fois celui du viscère.

La présence du coussinet intestinal n'est donc rien à côté de celle des divers organes qui unissent le foie au diaphragme. Il n'en est pas moins vrai que, dans les conditions ordinaires, le paquet intestinal, souvent gonflé de gaz, contribue à empêcher le foie de descendre et soulage les ligaments et la veine cave.

J'ai dit aussi ce qu'il fallait penser de cette hypothèse de Luschka qui veut que le foie soit soutenu par la pression atmosphérique transmise à sa face inférieure par le paquet intestinal et à celui-ci par les parois de l'abdomen.

Les lois de la physique la plus élémentaire montrent que la pression atmosphérique ne saurait s'exercer par l'intermédiaire des divers tissus *exclusivement* sur la face inférieure du foie. Elle s'exerce aussi bien sur sa face supérieure et dès lors on ne saurait comprendre comment elle pourrait tendre à le soulever.

Enfin j'ai pu constater, en faisant des piqûres profondes au moyen d'une longue aiguille tout le long du rebord costal droit, que, lorsque le sujet est debout, le foie descend en réalité plus bas qu'on ne l'indique généralement. Ce n'est pas au niveau du bord des fausses côtes que se trouve son bord antéro-inférieur, c'est à trois, cinq et même huit centimètres au-dessous.

Tous les axes autour desquels le foie exécute des mouvements de bascule ou de rotation passent par la veine cave inférieure, qui est, en conséquence, le point le plus fixe du foie.

Quelques points de l'anatomie du canal cystique. (*Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1892, p. 511-524.)

Afin de me rendre un compte exact de la forme, du calibre et des dimensions du canal cystique, j'ai exécuté un grand nombre de moulages métalliques qui ont été déposés au musée de l'amphithéâtre des hôpitaux.

Les *Bulletins de la Société anatomique* contiennent 42 figures faites d'après la photographie de ces moulages qui sont ainsi réduits aux trois quarts de leur grandeur naturelle.

J'ai pu ainsi corriger sur divers points les notions courantes sur la longueur, la forme et les diverses particularités du canal cystique.

Sa forme et ses dimensions sont des plus variables et il échappe à toute description.

Le plus grand nombre des canaux ont de 40 à 70 millimètres. Les dimensions extrêmes ont été de 16 millim. dans un cas et de 110 dans un autre.

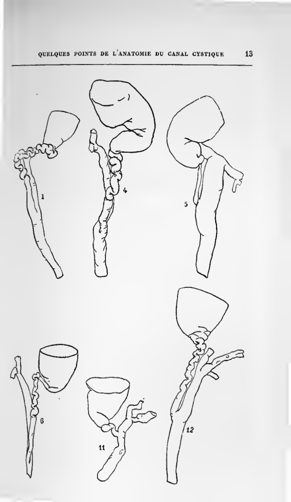
La forme du canal cystique est extrêmement irrégulière, surtout dans sa partie moyenne.

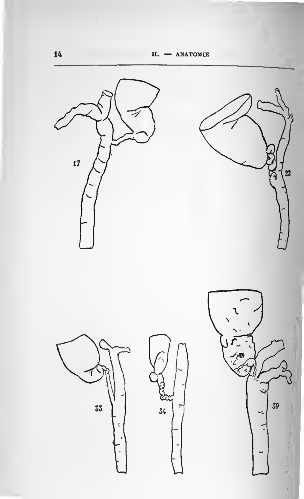
La partie terminale de la vésicule, le bassinet, est presque toujours incurvée à gauche, quelquefois même au point de former un angle aigu avec l'axe de la vésicule.

L'extrémité du canal cystique est souvent assez régulière et pendant un, deux, trois centimètres, les deux canaux, cystique et cholédoque, sont régulièrement accolés. Mais il y a, là aussi, d'incessantes irrégularités, les deux canaux pouvant se rejoindre sous les angles les plus variés.

Le calibre est aussi des plus inconstants. En général, c'est près de l'origine du canal qu'il semble le plus faible. Il n'a guère que 2 millim. et quelquefois moins. C'est au contraire près de son embouchure dans le cholédoque qu'il est le plus large, 4, 5, 6 millim., quelquefois même 1 centimètre.

La sanction pratique de ces recherches ressort avec toute l'évidence possible de l'examen de ces moulages, dont je crois devoir reproduire ici les types principaux.


1
4
5
6
11
12


17
22
33
34
39

Il suffit de jeter un coup d'œil sur ces figures pour se convaincre qu'on ne saurait avoir aucune confiance dans le cathétérisme du canal cystique. C'est un conduit trop sinueux, trop irrégulier pour qu'on puisse, en dehors de quelques cas exceptionnels, y faire cheminer facilement une sonde. Cette manœuvre expose à tous les accidents, déchirure des valvules, perforation du canal, etc. Le mieux est donc, en règle générale, de s'abstenir.

Étude anatomique sur l'extirpation de la parotide et la résection préliminaire du bord postérieur de la mâchoire. (*Gaz. des hôpitaux*, 23 mars 1895, p. 353-362.)

Ce travail est le résultat de nombreuses expériences cadaveriques faites à l'amphithéâtre de Clamart.

Je me suis placé dans l'hypothèse d'une tumeur maligne de la parotide, encore de petit volume, n'ayant pas sensiblement changé la forme et les rapports de la glande et envahi au loin les tissus.

Dans ces conditions, je pense qu'il est assez facile, en suivant un plan opératoire bien réglé, d'enlever la totalité de la parotide, en sacrifiant, bien entendu, le nerf facial, sans courir aucun risque de blesser les vaisseaux profonds.

J'ai commencé par faire une étude détaillée des rapports de la parotide avec les organes voisins, rapports considérés avant tout au point de vue opératoire.

C'est ainsi que j'ai divisé la glande en un certain nombre de zones, les unes *décollables*, les autres *adhérentes* et que j'ai étudié les *pédicules* presque toujours vasculaires, artériels ou veineux qui l'unissent aux tissus voisins.

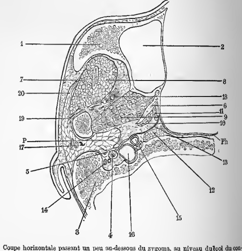
Les zones *décollables*, au niveau desquelles la glande se laisse facilement isoler des tissus voisins ou des parois de sa loge fibreuse, soit par quelques légers coups de bistouri, soit tout simplement à l'aide de la sonde cannelée, occupent presque toute la surface de la parotide. Ce sont :

La zone cutanée ;

La zone massétérine ;

La zone rétro-maxillaire ;

La zone sous-maxillaire ;
La zone stylo-digastrique ;



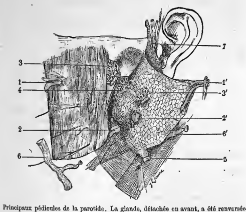
Coupe horizontale passant un peu au-dessous du zygoma, au niveau du col du condyle et du canal de Sténon.

P. Glande parotide avec son prolongement pharyngien (exceptionnel). — *Ph*. Paroi du pharynx. — 1. Malaire. — 2. Sinus maxillaire. — 3. Apophyse mastoïde. — 4. Apophyse styloïde. — 5. Languette osseuse formée par la coupe de l'apophyse vaginale. — 6. Apophyse ptérygoïde avec ses deux ailes. — 7. M. masséter. — 8. M. temporal. — 9. M. ptérygoïdien externe. — 10. M. ptérygoïdien interne. — 11. M. péristaphylin externe. — 12. M. droit antérieur. — 13. Aponévrose fermant en dedans l'espace sous-glandulaire. Elle va des muscles styliens et de l'apophyse styloïde sur la face antérieure des vaisseaux et sur l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde. — 14. Nerf facial et artère stylo-mastoïdienne. — 15. Artère carotide interne (derrière elle les nerfs spinal, pneumogastrique et glosso-pharyngien). — 16. Veine jugulaire interne. — 17. Artère carotide externe et veine jugulaire externe. — 18. Artère maxillaire interne dans le plexus ptérygoïdien. — 19. Pédicule extra-condylien venant du plexus ptérygoïdien. — 20. Canal de Sténon.

La zone stylo-ptérygoïdienne avec le prolongement pharyngien lorsqu'il existe ;

La zone auditive.

Les zones *adhérentes*, au niveau desquelles les lobules glandulaires



Principaux pédicules de la parotide. La glande, détachée en avant, a été renversée en arrière et en dehors de façon à montrer sa face profonde. Le bord postérieur du maxillaire a été réséqué pour montrer le pédicule sous-condylien.

1, 1'. Pédicule antérieur (canal de Sténon, artère transverse, filet du facial). — 2, 2'. Pédicule carotidien (carotide externe et veine anastomotique). — 3, 3'. Pédicule extra-condylien. — 4. Pédicule sous-condylien. — 5. Pédicule cervical (jugulaire externe). — 6. Veine faciale antérieure recevant la veine anastomotique 6' qui, souvent, n'est autre que la faciale postérieure. — 7. Pédicule temporal (artère et veine temporales superficielles, nerf auriculo-temporal).

sont absolument adhérents aux tissus voisins, sont d'étendue infiniment moindre.

Il n'y en a que deux :

La zone sterno-mastoïdienne ;

La zone articulaire.

Les *pédicules* sont nombreux :

Le pédicule antérieur (canal de Sténon, artère transverse, etc.).

Le pédicule cervical (veine jugulaire externe).

Le pédicule carotidien.

Le pédicule extra-condylien (plexus sous-massétérin et ptérygoïdien).

Le pédicule sous-condylien (plexus ptérygoïdien et artère maxillaire interne).

Le pédicule temporal (artère et veine temporales, nerf auriculo-temporal).

Enfin le pédicule stylo-mastoïdien (nerf facial).

Telles sont, très brièvement résumées, ces quelques considérations anatomiques.

C'est en m'appuyant sur elles que je crois pouvoir recommander pour l'extirpation réglée de la parotide un plan dont il faudra s'écarter le moins possible et qui permettra, je crois, de la mener à bien dans les cas évidemment assez restreints où il pourra être suivi (tumeur maligne à son début).

Voici quels sont les divers temps de cette opération:

Incision en T, la branche verticale passant en avant du tragus, la branche horizontale à un travers de doigt au-dessous du zygoma;

Dissection de la peau et mise à nu de la glande ;

Section du pédicule antérieur et décollement de la zone massétérine et d'une partie de la zone rétro-maxillaire ;

Décollement de la zone sous-maxillaire avec section de la jugulaire externe et, s'il y a lieu, de la veine faciale postérieure;

Dissection au bistouri de la zone adhérente sterno-mastoïdienne;

Décollement de la zone stylo-digastrique inférieure et section du pédicule carotidien;

Renversement de la glande en arrière et en dehors ;

Section du pédicule extra-condylien;

Dissection de la zone articulaire ;

Section du pédicule temporal ;

Résection du bord postérieur de la branche montante du maxillaire;

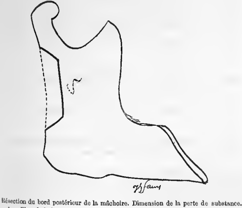
Section du pédicule sous-condylien et décollement de la zone stylo-

ptérygoïdienne; extirpation du prolongement pharyngien, lorsqu'il existe;

Dissection de la zone mastoïdienne et de la zone auditive;

Section du pédicule stylo-mastoïdien (nerf facial).

J'eppelle particulièrement l'attention sur la *résection préliminaire du bord postérieur du maxillaire*, pratiquée avec une pince coupante dans les proportions que montrent bien les figures ci-jointes.



Résection du bord postérieur de la mâchoire. Dimension de la perte de substance. Au milieu de la branche montante on voit, en pointillé, l'emplacement de l'épine de Spix et de l'orifice supérieur du canal dentaire.

Je ne sache pas que cette opération ait jamais été faite, au moins dans le but d'agrandir le creux parotidien pour se donner du jour.

C'est une opération facile, rapide, si l'on est bien outillé, et le meilleur outil est ici, eans conteste, une bonne pince-gouge. Cette opération permet de lier facilement le pédicule sous-condylien, très difficile à seisir sans cela, et en outre, ce pédicule une fois lié, d'aller extirper, quand il existe, le prolongement pharyngien au niveau

duquel les manœuvres sont dangereuses à cause de la profondeur où l'on se trouve et de la proximité des vaisseaux.

En regard de ces avantages qui me paraissent très grands, je ne pense pas qu'il y ait un seul inconvénient si l'opération est bien faite. Il faut, en effet, si l'on veut éviter de fracturer le col du condyle, ce qui serait évidemment un accident très sérieux, il faut, dis-je, avoir une pince coupant parfaitement, de façon à ne pas produire d'esquilles ou de fêlures, et en outre il faut ne pas s'avancer trop haut, et rester à 2 centim. environ au-dessous du cartilage condylien. La branche montante du maxillaire est alors suffisamment forte, et le but est atteint puisqu'on a pu, grâce à la perte de substance osseuse, opérer facilement dans la profondeur et extirper les parties les plus reculées de la parotide, sans compromettre la solidité de la mâchoire.

Exetrophie de la vessie. En collaboration avec H. Hartmann. (*Bull. de la Soc. anat.*, mars 1887.)

Pièce prise sur une femme adulte avec dissection complète.

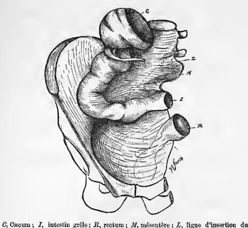
Anomalie d'origine de l'artère sous-clavière droite. (*Bull. de la Soc. anat.*, janvier 1895.)

Il s'agit d'un de ces cas assez souvent observés, dans lesquels la sous-clavière droite naît à gauche, en arrière de l'origine de la sous-clavière gauche. Elle se porte ensuite en haut et à droite en passant entre l'œsophage et la colonne vertébrale.

Anomalie dans la situation du cæcum et de l'extrémité inférieure de l'iléon. (*Bull. de la Soc. anat.*, janvier 1895.)

Le cæcum est beaucoup plus élevé qu'à l'état normal, il est situé au niveau de la crête iliaque. Toute la partie terminale de l'iléon, sur une longueur d'environ 15 centimètres, est sous-péritonéale, couchée dans la fosse iliaque, au point qu'occupe normalement le cæcum. Le mésentère ne commence donc qu'assez loin de la terminaison de

l'iléon, qui en est dépourvue. Il naît au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite. Cette anomalie, dont j'ai observé un autre cas, absolument identique, me paraît assez difficile à expliquer. Je crois qu'il



C, Cæcum ; *I*, intestin grêle ; *R*, rectum ; *M*, mésentère ; *L*, ligne d'insertion du mésentère sur la colonne vertébrale. (La plus grande partie de l'os iliaque gauche a été enlevée avec les parties molles qui la doublent.)

s'agit là d'un arrêt dans le mouvement de descente du cæcum. La fin de l'iléon occupe la place que doit occuper normalement le côlon ascendant et, comme lui, se trouve dépourvue de méso.

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Mal de Pott. Pachyméningite dorso-lombaire. Mal vertébral postérieur. Paraplégie. (*Bull. Soc. anat.*, mars 1888, p. 253.)

Orchite tuberculeuse aiguë. (*Bull. de la Soc. anat.*, mars 1888, p. 219.)

Synovite de la gaine du jambier antérieur, hygroma prétibial à grains riziformes. (*Bull. de la Soc. anat.*, avril 1888, p. 402.)

Tuberculose urinaire. (*Bull. de la Soc. anat.*, décembre 1888, p. 999.)

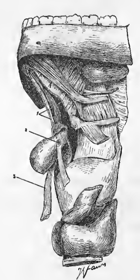
Ostéomyélite ancienne. (*Bull. de la Soc. anat.*, janvier 1891, p. 19.)

Cette observation est intéressante par l'extraordinaire ancienneté des lésions. La malade, âgée de 50 ans, avait été atteinte des premiers accidents d'ostéomyélite à l'âge de 7 ans. Pendant 43 ans, par conséquent, elle avait eu des fistules, des ulcérations incessantes. Il y avait : atrophie complète des muscles, subluxation du fémur en avant, soudure absolue de l'articulation tibio-astragalienne, pied bot équin extrêmement prononcé, si bien que la malade était absolument digitigrade. La section antéro-postérieure du tibia montre qu'il y avait, au niveau du canal médullaire disparu et remplacé sur presque toute sa

hanteur par du tissu compact, un certain nombre d'abcès échelonnés dn baut en bas du tibia.

Kyste congénital thyro-hyoïdien. (*Bull. de la Soc. anat.*, juin 1893, p. 460.)

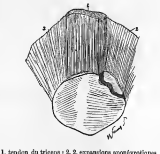
Dissection d'un kyste médian, adhérant à la face postérienre de l'os hyoïde.



1. Section du mylo-hyoïdien. — 2. Petit morceau de l'os hyoïde fracturé auquel s'insère l'homo-hyoïdien. — 3. Cléido-hyoïdien.

Fracture partielle de la rotule. Fragment simulant un corps étranger articulaire. (*Bull. de la Soc. anat.*, janvier 1895, p. 5.)

Cette pièce que reproduit la figure ci-jointe est absolument démonstrative. A l'extérieur, le fragment donnait absolument la sensation d'un corps étranger articulaire parfaitement mobile. Or, il est de toute



1, tendon du triceps ; 2, 2, expansions aponévrotiques.

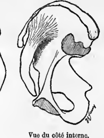
évidence qu'il s'agit là d'un morceau de la rotule. Cette pièce démontre de la façon la plus claire qu'il peut y avoir des corps étrangers du genou d'origine purement traumatique. Elle montre aussi qu'il existe des *fractures partielles* de la rotule, fractures qui ne sont guère signalées nulle part.

Exostose digitiforme de la fosse iliaque interne. (*Bull. de la Soc. anat.*, janvier 1895, p. 7.)





Vue du côté externe.



Vue du côté interne.



Vue par la face antérieure.

IV. — PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES

Note sur les effets de l'acétanilide dans le traitement de l'épilepsie. (Comptes rendus de la *Soc. de biologie*, 1887, p. 403.)

Une série d'observations faites à Bicêtre pendant plusieurs mois et relatées dans cette note m'ont conduit à une conclusion identique à celle de divers autres expérimentateurs : inefficacité absolue du médicament.

Rétrécissement mitral pur, chez l'homme. Malformation de la valvule de Thebesius. (*Bull. de la Soc. anat.*, mars 1887.)

Fièvre hystérique. (Une observation in thèse de Chauveau, Paris, 1888.)

V. — PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Traitement des fractures de l'extrémité inférieure du tibia avec menace de perforation de la peau. (Clinique du professeur Verneuil. *Gazette des hôpitaux*, 12 juillet 1888.)

De l'hydrocèle péritonéo-vaginale ou hydrocèle congénitale. Revue générale. (*Gazette des hôpitaux*, 12 août 1889.)

J'ai longuement discuté, dans cette étude, la question de l'origine de l'hydrocèle congénitale. L'hydrocèle est-elle due à une affection de la vaginale, ou au contraire de la grande séreuse péritonéale?

Je pense que, dans l'immense majorité des cas, c'est le péritoine qui est malade, c'est lui qui donne naissance au liquide qui ne va s'accumuler dans la vaginale que grâce à la persistance du canal vagino-péritonéal situé en un point relativement déclive. Il est cependant nécessaire, pour que le liquide y pénètre, qu'il soit en assez grande abondance et remplisse tout le petit bassin, et même davantage, jusqu'au niveau de l'orifice profond du canal inguinal où pénètre le prolongement péritonéo-vaginal.

Il faut donc qu'il y ait une assez grande quantité de liquide, en rapport avec une affection péritonéale bien plutôt qu'avec une affection vaginale proprement dite.

Il est fort possible que dans quelques cas cette participation du péritoine soit due à une légère poussée de tuberculose.

L'hépatoptoee et l'hépatopexie. (Th. Paris, 1892.)

Ceci est la deuxième partie de ma thèse, dont le début est une étude anatomique et physiologique sur l'*appareil suspenseur du foie.*

J'y étudie d'abord dans tous leurs déteils l'historique, l'anetomie pathologique, les symptômes de l'hépatoptose. Telle est la metière des trois premiers chepitres.

L'anatomie pathologique est encore bien mal connue.

En dehors de certains cas de lobes flottants ou de lobules appendiculeires accompagnant une vésicule dilatée, on peut observer un abaissement en masse du foie qui quelquefois descend fort bes, jusque dans la fosse iliaque.

L'hépatoptose est à peu près toujours eccompagnée de lésions de relâchement, entéroptose, néphroptose, éventration, etc.

Dens un ces observé par hasard sur un cadavre, j'ai rencontré une longueur et une laxité anormales de la veine cave.

Je pesse rapidement sur les symptômes fonctionnels qui ne présentent rien de bien spécial et sont très analogues à ceux que produit le rein mobile : douleurs, phénomènes nerveux, etc. En outre, on rencontre quelques signes perticuliers, ictère, ascite, œdème des membres inférieurs, par suite de la compression ou de la coudure de le veine cave et de la veine porte.

Les signes physiques, beaucoup plus importants, sont evant tout : la disparition de la matité bépetique, et conséquemment, l'apparition d'une metité anormale en un autre point normalement sonore ; c'est surtout la constetation dens l'abdomon d'une tumeur mobile dans laquelle on peut perfois, par le palper, reconneître tous les caractères du foie.

Le foie mobile peut être pris pour l'une des diverses tumeurs de l'abdomen, mais c'est avec les déplacements du rein qu'on l'a le plus souvent confondu. La rareté de l'hépatoptose rend d'ailleurs le diagnostic assez délicat, parce que, dans l'immense majorité des ces, on ne pense point à cette affection. Lorsqu'on y pense, le diagnostic devient facile, et, pour reconnaître cette effection, il suffit de la rechercher.

Au chapitre de la pathogénie, j'ai pessé en revue toutes les théories qui ont été données pour expliquer l'hépatoptose. Il en est d'enfantines, il en est surtout d'insuffisantes.

La grossesse joue un très grand rôle, meis non un rôle exclusif, comme le pense Landau, qui veut voir dans l'éventration le cause première de tout le mal.

Cela est faux, puisque, d'une part, l'éventration existe très souvent sans entraîner à sa suite la chute du foie et que, d'autre part, celle-ci peut se rencontrer en dehors de l'éventration, chez des nullipares et même chez des hommes.

Ce n'est pas non plus la néphroptose qui produit la chute du foie. Mais, et c'est là la conclusion à laquelle j'arrive, toutes les causes que les auteurs ont tour à tour voulu faire exclusives, ne sont en somme qu'accessoires.

« Efforts violents d'expiration, secousses répétées, mouvements « brusques, grossesse, éventration, chute du rein, entéroptose s'accu- « mulent, s'entr'aident et parviennent, en fin de compte, à déloger le « foie de son siège normal. Mais, isolés ou réunis, tous seraient « impuissants à vaincre la résistance de son appareil suspenseur, « trente fois plus fort qu'il ne faut, si une cause plus générale, évi- « dente dans ses effets bien que mal connue dans son essence, ne « leur venait en aide. Cette cause prédisposante, constitutionnelle, « héréditaire, qui vient avec la vie et ne s'en va qu'avec la mort, « c'est ce trouble mal défini de la nutrition qui se traduit par une « prédisposition particulière du tissu fibreux à se laisser distendre, « à mal résister aux fatigues constantes, aux efforts prolongés. C'est « cette prédisposition qui chez l'homme fait les hernies, chez la « femme les vergetures et l'éventration, chez tous deux, les varices, le « rein mobile, l'entéroptose et la chute du foie. »

Le traitement de l'hépatoptose, et en particulier l'étude de l'hépatopexie font l'objet du dernier chapitre.

Le manuel opératoire de l'hépatopexie est décrit dans tous ses détails. J'ai d'ailleurs fait à ce sujet quelques expériences afin de voir si le tissu hépatique pouvait adhérer solidement à la paroi, après y avoir été fixé par des sutures.

J'ai enlevé le péritoine hépatique en mettant le tissu du foie à nu, et j'ai mis ce tissu au contact de la paroi abdominale, ou plutôt des plans profonds de cette paroi dégarnis de péritoine, de façon à ce que les divers tissus avivés fussent directement en contact les uns avec les autres sans interposition d'aucun feuillet péritonéal. J'ai pu me rendre compte que la fusion est ainsi beaucoup plus complète que lorsqu'on a provoqué de simples adhérences entre le péritoine

hépatique et le péritoine pariétal. Celles-ci se laissent assez facilement déchirer, tandis que la cicatrice obtenue après décortication du foie est beaucoup plus solide et que le tissu hépatique se déchire, plutôt que de se séparer de la paroi.

Malgré cela et malgré les bons résultats immédiats de l'opération de Gérard-Marchant, je conclus au rejet de l'hépatopexie, — au moins en tant qu'opération préméditée.

Il me paraît que, chez ces malades presque toujours atteints de ptoses viscérales multiples, le bénéfice problématique que peut procurer cette opération n'est pas assez grand pour permettre de braver le danger qu'elle fait courir.

Il ne faut donc pas faire l'hépatopexie de propos délibéré et on doit toujours commencer le traitement en faisant porter au malade une ceinture appropriée.

Mais si, au cours d'une laparotomie exploratrice, légitimée par la gravité de symptômes morbides auxquels l'examen le plus consciencieux ne saurait assigner d'origine certaine, on vient à rencontrer un foie mobile et fortement abaissé, alors on pourra et même on devra pratiquer l'hépatopexie qui, sans aggraver l'opération, pourra contribuer à soulager le malade.

L'indolence des néoplasmes. Essai sur la physiologie de la douleur dans le cancer. (*Gazette hebdom.*, 1895, p. 50, 75, 158.)

Dans ce travail, dont l'idée première m'a été inspirée par mon maître Verneuil, j'ai voulu réagir contre cette tendance qu'ont encore la grande majorité des médecins, à attacher à la douleur dans les néoplasmes une importance qu'elle n'a pas. Cette idée qui fait de la douleur une sorte de caractéristique de la malignité des tumeurs, est encore très générale. Et cependant rien n'est plus faux.

On est d'ordinaire porté à considérer comme bénignes les tumeurs indolentes et, au contraire, comme malignes les tumeurs douloureuses, et cette erreur a souvent de graves conséquences qui ne sont pas seulement théoriques. Combien d'opérations qui, faites à temps, eussent été suivies de guérisons radicales, ont été déconseillées ou retardées sous le prétexte que le malade ne souffrait pas.

Il y a donc un véritable interêt pratiqua à montrer combian la douleur est inconstante même dans les pires cancers, et quel danger il y a à retarder les opérations jusqu'à ce qu'on l'ait vue apparaître.

Ja me suis donc attaché à étudier les caractères de l'indolenca dans les néoplasmes. Chemin faisant, j'ai été conduit à étudier les divars caractères da la douleur, son mode d'apparition, ses diverses formes, sa signification au point de vue du diagnostic et du pronostic du cancer. Je résumerai très brièvement ici les traits principaux da catte étude.

Parmi les caractères communs unissant tous les néoplasmes, l'indolence est peut-être le plus constant : tella ast la proposition inscrite en têta de mon pramiar chapitra et dont ca premier chapitre a précisément pour but d'établir la réalité.

Dans les tumeurs bénignas, l'indolenca est d'ordinaire abaolue. C'est là un fait absolument banal et que personne ne songa à contester. Ce n'est guère que dans certaines conditions da siège et de volume (tumeur comprimant un cordon nerveux, fibrome intra-utérin déterminant des douleurs expulsives, etc.), qu'on voit apparaître des douleurs. Maia, en dehors de ces cas exceptionnels les tumaurs bénignes sont, on peut le dire, normalement en état d'indolence parfaite.

Eh bien, dans les tumeurs malignes, dans les cancers, *l'indolence existe aussi toujours*, quelquefois complète, constante, absolua, quelquefois, il est vrai, temporaire, soit à la fin, aoit au milieu, soit surtout au début de l'évolution du mal.

D'aprés das observations personnelles prisas avac beaucoup de soin, je suis arrivé à cette conclusion que dans le cancer la période d'indolence complète était d'environ treize moia à compter du début du mal. Sans attachar à cette statistiqua plus d'importanca qu'elle n'an a, il n'en aat pas moina vrai qua las tumeurs malignas rastent un temps assez considérable sans éveiller de souffrances.

La plus ou moins granda durée de la période d'indolenca nous importa d'ailleurs fort peu. Ce qu'il faut savoir, c'ast qu'alle axista, qu'elle exista méme *toujours* au début, courte ou longua, plutô longue, proportionnellemant à la durée totale, et qu'elle se prolonga parfois pendant un temps indéfini qui peut s'étendre à toute l'évolution du mal.

A côté de l'indolence du début il y a l'indolence qui souvent succède à la douleur sous une influence quelconque et parfois à l'occasion de l'ulcération de la peau, soit par décompression des tissus, soit par destruction des extrémités nerveuses.

Non seulement les tumeurs sont *indolentes*, mais elles sont encore *insensibles*, au moins dans l'immense majorité des cas. Elles sont insensibles au contact, et si parfois quelque attouchement porté sur leur surface même, ce qui, bien entendu, n'est possible qu'après ulcération de la peau, provoque des douleurs, ce sont des douleurs de déplacement et non des douleurs de contact.

Rien n'est, d'ailleurs, plus simple à concevoir, puisque les tumeurs sont dépourvues d'éléments sensibles et qu'il n'y a entre une masse néoplasique et le malade qui la porte aucune connexion nerveuse.

Si cependant des tumeurs ulcérées sont parfois excessivement sensibles au moindre contact, comme le sont, par exemple, certains épithéliomas cutanés, cela tient à ce que l'ulcération est peu profonde et que les terminaisons nerveuses se trouvent à nu dans la plaie. Mais ces cas sont exceptionnels et la masse néoplasique maligne est normalement insensible comme elle est normalement indolente.

Et cependant souvent, au bout d'un certain temps, les malades souffrent et souffrent beaucoup. Comment et pourquoi souffrent-ils ? Tel est le thème des chapitres suivants.

Ils souffrent de douleurs locales, *intrinsèques*, causées soit par l'accroissement du mal et son extension aux éléments nerveux qui l'environnent, soit par la congestion des tissus, congestion due, la plupart du temps, à des phénomènes d'hyperhemie provoqués par l'envahissement microbien, constant au niveau des ulcérations cancéreuses et qui, dans certains cas, peut même déterminer des lésions névritiques.

L'infection microbienne peut quelquefois provoquer des douleurs par un mécanisme différent. Tel est, par exemple, le cas des douleurs qui surviennent dans les tumeurs de la vessie, douleurs nulles, au moins presque toujours, tant que la cystite n'est pas venue se surajouter au mal.

Les malades souffrent aussi de douleurs *extrinsèques*, siégeant plus ou moins loin, rayonnant parfois à de longues distances, quel-

quefois même apparaissant en un point isolé, loin de tout mal, alors que le foyer morbide reste lui-même tout à fait indolent.

C'est ainsi qu'on peut distinguer des douleurs *irradiées* et des douleurs à *distance*.

La cause de ces douleurs est toujours la même, c'est la compression ou l'envahissement des cordons nerveux qui courent dans le voisinage de la tumeur.

Certaines de ces douleurs à distance ou irradiées sont assez constantes, assez régulières, pour pouvoir au besoin constituer un bon moyen de diagnostic. Telle est, pour prendre l'exemple le plus topique, la douleur d'oreille dans les cas de cancer de la langue.

L'apparition des douleurs à distance est bien souvent un indice de l'extension du mal aux ganglions lymphatiques, comme au bras par exemple, ou, dans un cancer du sein, l'apparition de douleurs dans la zone du plexus brachial est un témoignage certain de l'envahissement des ganglions axillaires en rapport avec les cordons nerveux du plexus.

Enfin, dans certains cas, la douleur à distance est un phénomène dont la signification est plus grave encore. C'est l'indice d'une généralisation du mal, et dans un cancer du sein, une douleur naissant dans la colonne vertébrale, dans les parties profondes de la cuisse, en un point quelconque, en un mot, vient montrer qu'une tumeur secondaire s'est développée au point douloureux.

Il est enfin toute une classe de douleurs, et des plus intéressantes, qui sont dues, non pas au néoplasme lui-même, mais bien à l'*obstacle que la tumeur apporte à l'accomplissement de certaines fonctions*, comme les cancers de l'intestin, du rectum, du pylore, de l'œsophage, etc. Ils ne font pas souffrir en tant que cancers, mais bien en tant qu'obstacles, et qu'on vienne à lever l'obstacle sans supprimer la tumeur, comme on le fait, par exemple, en pratiquant la rectotomie dans un cancer du rectum, et le soulagement est immédiat.

Qu'on vienne même, en pratiquant un anus iliaque, à détourner le cours des matières, et le soulagement n'en sera pas moins absolu, sans qu'on ait agi sur le cancer lui-même.

« Ces douleurs diverses, douleurs irradiées, douleurs à distance, « douleurs fonctionnelles, reconnaissent donc, en somme, pour cause

« première, l'envahissement d'un filet nerveux, l'infiltration ganglion-
« naire plus ou moins lointaine, l'augmentation de volume d'une
« tumeur qui vient obstruer quelque voie physiologique, et enfin, ce
« qui est plus grave encore, sa généralisation. Elles n'apparaissent
« guère, en un mot, qu'au moment où le mal gagne en étendue et en
« gravité. »

Les conclusions pratiques de cette étude me paraissent donc des plus importantes, puisqu'on peut dire, en fin de compte, hors certains cas exceptionnels : « *Toute tumeur reste indolente tant qu'elle reste limitée* ».

« Il est donc de toute évidence que c'est au sein des cancers indo-
« lents que l'on trouvera, en général, les lésions les moins avancées
« et les moins étendues. Ils auront donc, par conséquent, plus de
« chances de guérir par une opération sanglante que ceux dans les-
« quels des douleurs variées seront venues témoigner d'une extension
« plus vaste et d'un envahissement plus général. »

« Tout cancer déjà douloureux est, en revanche, un cancer à peu
« près fatal et marqué pour la récidive, même après les opérations
« les plus savantes et les extirpations les plus généreuses... »

La douleur est donc une sorte de critérium de la curabilité, et si l'on veut avoir quelques chances de guérir son malade, loin d'attendre, pour opérer, d'avoir vu survenir les premières douleurs, *il faut, s'il est possible, intervenir avant leur apparition.*

Telle est la conclusion à laquelle m'a conduit cette étude, et elle est assez importante pour qu'il soit inutile de m'appesantir davantage.

Pour la cocaïne. Réponse à quelques objections faites à la méthode de Reclus. (*Gaz. hebd.*, 1896, p. 717.)

VI. — CLINIQUE CHIRURGICALE

Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval ; décollement de la vésicule biliaire et hémorrhagie du foie. Laparotomie. Guérison. (*Soc. de chir.*, juillet 1896, et *Gaz. hebdom.*, 1896, p. 769.)

Désarticulation de la hanche pour tuberculose de la totalité du fémur. Guérison. (In Thèse de Coronat. Paris, 1896, p. 46.)

Péritonite consécutive à une perforation de la vésicule biliaire. Grossesse de deux mois et demi. Laparotomie. Guérison sans aucun trouble de la grossesse. (*Gaz. hebdom.*, 1897, p. 97.)

Cette observation est des plus remarquables. Il s'agit d'une femme enceinte de deux mois et demi qui présentait des accidents d'infection péritonéale aiguë. Le siège de la douleur maxima, à droite et un peu au-dessous de l'ombilic, fit penser à une perforation appendiculaire. La laparotomie permit de constater une péritonite diffuse consécutive à une perforation de la vésicule biliaire d'origine inconnue.

La malade guérit sans encombre et, six mois après, accoucha à terme.

A propos de quelques interventions d'urgence sur la cavité abdominale. (*Gaz. des hôp.*, 1897, p. 574 et suivantes, 78 p.)

Dans ce travail où je publie le résultat de vingt-quatre laparotomies faites d'urgence pour des affections péritonéales diverses, péritonites diffuses, perforations appendiculaires ou intestinales, contusions de l'abdomen, occlusion intestinale, etc., avec sept guérisons, j'analyse et j'étudie les conditions dans lesquelles se fait ordi-

nairement cette chirurgie d'urgence qui nécessite presqua toujours une décision immédiate et una intervention rapide.

Je suis toujours intervenu sans retard, quelquefois, malheureusement, chez des moribonds; ja n'en ai pas moins eu 7 succès sur 24 cas, soit 29 p. 100 de guérisons, portées à 32 p. 100 par un nouveau succès obtenu et publié depuis lors. Rian ne saurait être plus encourageant que ce chiffre de succès qui démontre avec évidence las magnifiques résultats que donna l'intervention précoce et systématique.

Voici d'ailleurs, exactement reproduites, les conclusions de mon travail.

« Je crois utile de résumer brièvement les considérations précédentes. Ca sont les conclusions auxquelles je suis arrivé par l'étude des quelques cas devant lesquels le hasard m'a conduit. Elles concordent d'ailleurs à peu près sur tous les points avec les idées qui tendent aujourd'hui à être adoptées par la généralité des chirurgiens.

Les interventions d'urgence pour les affections de la cavité abdominale sont encore, prises en bloc, d'une excessive gravité.

Cette gravité est à peu près *proportionnelle à l'intensité des phénomènes infectieux* au moment de l'intervention. Celle-ci, presqua toujours rapidement mortelle dans les cas d'infection suraiguë, donne déjà quelques guérisons quand les phénomènes saptiques sont moins avancés, et des succès fréquents quand l'infection est nulle ou simplement légère.

Les succès seront donc d'autant plus nombreux que l'infection sera plus légèra, et par conséquent que l'intervention sera plus précoca.

En dehors des cas qui paraissent d'une évidente bénignité et da ceux dans lesquels la mort semble imminenta, l'intervention doit êtra *systématique*. Miaux vaut, en effat, faire une opération inutile, atqui d'ailleurs na tue guère que les maladas qui seraient morts sans ella, que reculer devant une intervention qui apporte avec elle quelques chances de guérison.

En l'absence d'un diagnostic précis, qui fait le plus souvent défaut, c'est la gravité apparente de l'état général qui décide le plus souvent l'intervention. Mais il importe, si l'on est appelé à temps, de na point attendre que cet état général soit devenu grava at d'opérer toutes les fois qu'on aura qualqua incertituda sur la nature de la maladie et la gravité des lésions.

On devra toujours faire en sorte de réduire à son minimum le choc opératoire.

On évitera autant que possible l'anesthésie générale. Dans les cas lea plus graves on emploiera la cocaïne, quitte à endormir immédiatement le malade si l'on croit devoir pratiquer des manœuvres intrapéritonéales un peu compliquées.

On incisera, si possible, au niveau du point où siège le maximum des lésions. Parmi les signes qui permettent de le reconnaître, la *douleur* est le plus fidèle. Le siège de la douleur maxima, le point où a éclaté la douleur initiale ont, à cet égard, la plus grande importance. J'insiste sur la valeur de la *douleur thoracique* comme pathognomonique de lésions de la région sus-ombilicale de l'abdomen. J'insiste aussi sur un signe peu connu, la *matité* au point contus, comme témoignant d'un épanchement de sang ou de matières intestinales dans le péritoine.

En l'absence de tout diagnostic précis, on pratiquera la laparotomie médiane sous-ombilicale.

Dans les cas où l'infection est nulle ou très légère, on explorera minutieusement l'abdomen pour découvrir la cause des accidents et y porter remède. Dans ces conditions, mieux vaut une opération complète qu'une opération rapide.

En cas d'infection grave, si l'on a la certitude d'une perforation ou d'un étranglement, on tâchera d'y porter remède par un opération très rapide.

Si l'on se trouve en présence d'une infection péritonéale suraiguë, d'origine inconnue, on n'entreprendra pas l'exploration complète du péritoine. On opérera le plus vite possible. Il en sera de même dans la péritonite puerpérale : incision courte à la cocaïne, lavage très rapide avec un jet puissant, large drainage, telle est la conduite qui, dans ces conditions, me semble la meilleure.

Dans ces cas presque désespérés où le moindre choc est mortel, la rapidité prime tout.

Le lavage sera réservé aux cas toxiques à évolution rapide, à sérosité louche, à pus rare. Il sera, dans tous les cas, très rapidement pratiqué, avec une canule à large orifice.

Dans les cas à évolution lente, à pus épais, je crois préférable de s'en passer ou d'en user le moins possible.

Dans tous les cas où l'on rencontre des phénomènes d'infection, le drainage est indispensable. Le drainage vaginal, excellent en principe, est rarement possible.

On ne négligera pas les injections massives de sérum artificiel qui peuvent rendre de grands services, soit en relevant les forces du malade, soit en favorisant l'élimination des toxines. »

Occlusion intestinale. Laparotomie. Récidive le deuxième jour. Nouvelle laparotomie. Guérison. (Revue générale de clinique et de thérapeutique. *Journal des praticiens*, 1898, p. 81.)

Il s'agit d'une femme qui, en 48 heures, a subi deux laparotomies pour des accidents d'occlusion intestinale récidivante. Elle a parfaitement guéri. C'est ce cas qui, ajouté aux 24 cas indiqués dans l'article précédent, me donne sur 25 laparotomies 8 guérisons, soit 32 p. 100. Cette statistique personnelle est assez importante et il est difficile devant des résultats pareils de ne pas se déclarer résolument partisan de l'intervention immédiate et systématique toutes les fois que l'on se trouve en présence d'accidents péritonéaux à allure inquiétante.

Laparotomie et taille intestinale pour un polype de l'intestin grêle ayant déterminé une invagination chronique. Guérison. (*Soc. de chirurgie*, 3 nov. 1897.)

Le polype que j'ai enlevé et qui était gros comme une noix, siégeait à 80 centim. environ de la valvule iléo-cæcale, dans l'intestin grêle. Il avait déterminé la production d'une invagination chronique et de phénomènes d'obstruction intestinale. Le malade était moribond au moment de l'opération. Trois mois après il avait engraissé de 50 livres.

VII. — THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE ET TECHNIQUE OPÉRATOIRE

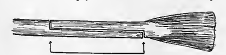
J'ai eu l'occasion d'étudier certaines méthodes thérapeutiques et quelques procédés opératoires que je résumerai dans ce chapitre.

Les uns ont trait à des opérations encore peu connues et dont certaines n'ont jamais été pratiquées en France ou ne l'ont été que très exceptionnellement.

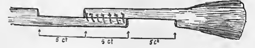
Le plus grand nombre sont des procédés opératoires originaux et que j'ai été le premier à décrire et à appliquer.

L'allongement des péroniers latéraux dans le pied plat valgus par contracture de ces muscles. (*Soc. de chir.*, 1896, et rapport de Kirmisson, 13 février 1898.)

Il s'agit d'un homme ayant subi une ostéotomie sus-malléolaire pour une fracture de Dupuytren vicieusement consolidée. Le pied fut



remis dans l'axe de la jambe, mais quelque temps après il se dévia de nouveau sous l'influence de la contracture des péroniers latéraux.

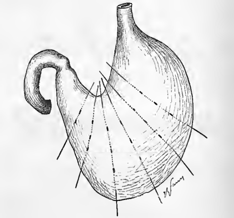


Je songeai à les allonger en dédoublant leurs tendons et en suturant l'un à l'autre les deux chefs ainsi dédoublés. Cette opération fut

suivie d'un succès complet. Les péroniers conservaient leur action tout en laissant le pied en bonne position. Des recherches bibliographiques ultérieures me montrèrent que cet allongement tendineux avait déjà été proposé par Bayer et par Prioleau pour le tendon d'Achille.

Le plissement de l'estomac. (*Gaz. des hôpitaux*, 2 et 4 mars 1897.)

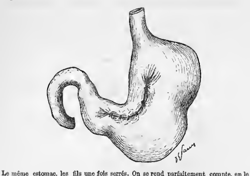
Le 26 septembre 1896, au cours d'une laparotomie pour une affection des annexes, je rencontrai un estomac démesuré. J'exécutai immédiatement le plissement de sa paroi antérieure. L'opération n'en



Estomac dilaté. Six fils viennent d'être placés et sont prêts à être serrés. Les traits pointillés représentent les parties du fil enfoncées dans les tuniques de l'estomac, les traits pleins les parties apparentes à l'extérieur.

fut pas prolongée de plus de cinq minutes et la malade semble avoir sérieusement bénéficié de cette intervention.

A propos de cette observation, je fis quelques expériences qui me montrèrent que cette opération, extrêmement simple, avait pour résultat de diminuer la capacité gastrique de 40 à 50 p. 100. Il est possible que, sur le vivant, on trouve, du fait de la disposition de l'estomac qui peut être recouvert par le foie, les anses intestinales, etc., des difficultés opératoires qui empêchent d'étendre le plissement à la paroi antérieure tout entière et réduisent quelque peu son impor-



Le même estomac, les fils une fois serrés. On se rend parfaitement compte, en le comparant à la figure précédente, de la diminution de volume. Celui-ci est redevenu à peu près normal.

tance. Mais j'estime qu'il doit être facile, avec un peu de soin, de réduire la capacité d'environ un tiers.

Il est inutile de décrire ici le manuel opératoire que montrent suffisamment bien les figures ci-jointes.

Cette opération me paraît être d'une efficacité certaine. Il est, en effet, évident que les dimensions exagérées de l'estomac provoquent la stagnation des aliments et favorisent l'éclosion de fermentations nuisibles. Elle agit donc comme la gastro-entérostomie et si elle n'est pas d'une efficacité aussi certaine, elle est certainement moins grave.

Malgré sa simplicité et sa bénignité, son efficacité n'est pas assez bien établie pour que j'ose conseiller de la pratiquer de propos déli-

béré de préférence à la gasto-entérostomie, dans les dyspepsies graves et rebelles. Mais si, au cours d'une laparotomie, on vient à découvrir un estomac démesuré, je crois qu'il est indiqué de réduire sa capacité à des dimensions plus normales, par le plissement de sa paroi antérieure.

J'ai, depuis lors, exécuté une seconde fois cette opération avec un bon résultat.

J'ignorais, au cours de ma première opération, qu'elle eût déjà été exécutée. Il m'a été facile de voir, au cours de quelques recherches que j'ai faites à ce sujet que, si elle a été pratiquée sept ou huit fois à l'étranger, il n'y a en France que Guelliot qui l'ait exécutée avant moi et, comme moi, d'ailleurs, au cours d'une opération plus complexe.

Résection bilatérale du grand sympathique cervical dans le goitre exophtalmique. (Avec le Dr Reclus. *Acad. de méd.*, 22 juin 1897.)

Sur le traitement du goitre exophtalmique par la résection totale du grand sympathique cervical. (*Congrès de chirurgie*, 1897, p. 273.)

Les observations de traitement du goitre exophtalmique par la résection du nerf grand sympathique cervical sont encore rares. J'en ai apporté trois au Congrès de chirurgie. Sur ces trois, il en est deux dans lesquelles le nerf a été extirpé en totalité, au moins d'un côté. Ces deux cas sont, je crois, les premiers dans lesquels l'extirpation totale ait été faite en France.

Sur mes trois opérations, j'ai obtenu deux fois une amélioration très notable du côté de l'exophtalmie, du goitre, et surtout de l'état général. La tachycardie a été peu modifiée. Ma troisième opérée est morte pendant l'opération d'une syncope chloroformique. Cette syncope est survenue au moment où je commençais l'opération à gauche, après avoir enlevé le cordon cervical du côté droit dans sa totalité, jusques et y compris le ganglion cervical inférieur.

Or, chez ma deuxième malade, j'ai observé, au même temps de l'opération, une syncope analogue dont, heureusement, la malade a

pu être rappelée. J'ai donc été conduit à me demander s'il fallait voir dans ce double accident, dont l'un a été mortel, une simple coïncidence, une simple fatalité, s'il fallait y voir l'effet d'un chloroforme impur, ou si, au contraire, il fallait incriminer l'opération.

Il est possible, et telle a été ma conclusion, qu'après la résection d'un des grands sympathiques, surtout lorsqu'on va, comme je l'ai fait, enlever jusqu'au ganglion cervical inférieur, le cœur, privé d'une de ses sources d'énergie, ait plus de tendance à s'arrêter sous l'influence d'un anesthésique que lorsqu'il possède la totalité de ses moyens d'action.

La résection du grand sympathique m'a donné chez les deux malades qui ont survécu, d'assez bons résultats pour que je la recommence, sans hésitation, à la première occasion. Mais je crois qu'il est prudent d'endormir les malades à l'éther et de pratiquer au besoin l'opération en deux fois à quelques jours d'intervalle.

Sur le traitement des névralgies incurables du cancer de l'utérus par la résection intra-durale des racines postérieures des nerfs de la queue de cheval. (*Gaz. hebdom.*, 1897, p. 1158.)

La résection intra-durale des racines rachidiennes pelviennes a été pratiquée seulement sept fois, dont trois fois en France par Chipault et Demoulin. Tous ces cas avaient trait à des névralgies pures. La mienne a été la première qui a été entreprise pour remédier aux douleurs du cancer.

Cette opération, d'ailleurs facile, et qui n'avait d'autre but que de soulager une malade atteinte de cancer utérin en proie à des douleurs cruelles et condamnée à brève échéance, a atteint son but. La malade a été très soulagée et s'est éteinte paisiblement six semaines après l'opération.

L'autopsie n'a malheureusement pu être faite.

L'hémi-résection du thorax. (*Gaz. des hôp.*, 1898, p. 199.)

« Tel est, à mon avis, le nom qui convient le mieux à l'extirpation presque complète de la paroi costale, pratiquée dans le but de guérir

certains empyèmes chroniques impossibles à combler par d'autres procédés. On enlève tout, ou à peu près, de la colonne vertébrale au sternum et de la deuxième côte à la dixième. Côtes, muscles intercostaux, vaisseaux et nerfs, plèvre malade et épaissie, tout est supprimé, et un immense lambeau reste seul, comprenant la peau, les muscles et l'omoplate, qui viennent s'appliquer contre le diaphragme, le poumon et la plèvre médiastine elle-même. »

Telle est, à peu près exactement, l'opération de Schede, pratiquée un certain nombre de fois à l'étranger, en particulier par le chirurgien de Hambourg, mais qui, en France n'a pas, que je sache, été encore exécutée, au moins en un seul temps et sur une aussi grande étendue.

J'ai eu l'occasion d'en pratiquer une.

Mon malade, âgé de 24 ans, avait subi successivement une dizaine de ponctions, une pleurotomie et une opération d'Estlander.

Au cours de cette dernière opération j'avais pu me rendre compte que la plèvre entière était transformée en une immense cavité suppurante. Le poumon, complètement rétracté sur son hile, comblait à peine la gouttière costo-vertébrale.

Le malade s'affaiblissant de plus en plus, je lui pratiquai quatre mois après le désossement complet de la paroi costale.

C'est une opération formidable, à l'aspect d'autopsie. L'incision en U que je pratiquai n'avait pas moins de 70 centimètres!

L'opération fut cependant assez simple. J'enlevai l'épaisse couche de fausses membranes pleurales qui fixaient le poumon dans la gouttière costo-vertébrale, faisant ainsi suivre l'extirpation de la paroi de la décortication pulmonaire.

Le malade, qui avait perdu peu de sang, alla assez bien les premiers jours, mais, à partir du huitième, il déclina peu à peu et mourut le douzième jour.

Le poumon droit était d'ailleurs presque détruit par la tuberculose.

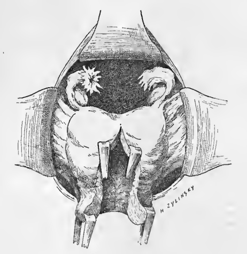
Quant au poumon décortiqué, il avait au moins doublé de volume et retrouvé en grande partie son élasticité.

Les procédés opératoires suivants, groupés simplement par ordre chronologique, me sont personnels.

Sur une nouvelle méthode d'oblitération des plaies intestinales. (*Bull. de la Soc. an.*, 11 avril 1895, et *Mercredi médical*, 1895, p. 183.)

Un nouveau procédé d'hystérectomie vaginale. La segmentation transversale de l'utérus et dee ligamente larges. (*Presse médicale*, 1896, 24 octobre.)

Ce procédé permet de diviser facilement les ligaments larges en



L'utérus complètement abaissé, grâce à l'hémisection antérieure, fait saillie au dehors. Les ligaments larges, obliques en haut, en arrière et en dehors, sont tendus. En haut, derrière les trompes on aperçoit les ovaires.

étages successifs qu'on peut alors prendre avec des pinces à mors

courts, ce qui évite l'accident heureusement rare, mais qui se voit quelquefois, du dérapage des pinces lorsque le ligament large tout entier est saisi par une seule pince à mors longs. Mais il est surtout très avantageux en ce qu'il permet de jeter très facilement des ligatures sur les pédicules qu'il délimite dans le ligament large. Dans ces



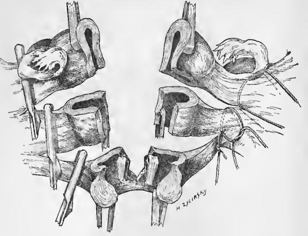
La paroi postérieure vient d'être incisée sur le tiers de sa hauteur. Les traits noirs marquent la trace des futures incisions.

conditions le pédicnle à lier est long, simple, mobile, facile à incliner en tous sens, la ligature est plus commode à poser et risque moins de glisser que lorsqu'on la fait sur le ligament large entier (voir les figures).

Au point de vue purement opératoire, ce procédé consiste, une fois l'utérna abaissé, dans la division transversale en deux ou trois segments superposés, de l'utérus et des ligaments larges. Cette division tranaversale de l'utérus doit être complète. Il faut, et c'est là le point capital, dépasser sur les côtés les limites de l'utérus et

empiéter de 2, 3, 4 centimètres au besoin, suivant sa laxité, sur le ligament large lui-même.

Bien entendu, ce procédé n'est applicable qu'aux cas où l'utérus se laisse facilement abaisser. Il peut alors rendre des services et il m'est souvent arrivé de l'employer avec grand avantage, au moins partiellement. C'est ainsi qu'on peut jeter une ligature sur un ou deux



Cette figure résume toute l'opération. Seul le segment inférieur de l'utérus est incomplètement divisé sur la ligne médiane. Sur le côté gauche de la figure les pédicules ligamenteux sont représentés saisis par des pinces en étages. Sur le côté droit on a représenté des fils diversement serrés.

pédicules, les pédicules supérieurs par exemple, enlever la portion d'utérus qui leur correspond et mettre une pince à demeure sur le pédicule inférieur. Ce procédé, appliqué dans ces conditions, peut quelquefois faciliter grandement certaines hystérectomies difficiles, et je

m'en suis plusieurs fois fort bien trouvé, mais il est évident qu'il ne saurait être appliqué d'une manière exclusive.

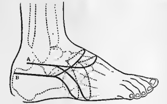
Sur une nouvelle amputation ostéoplastique du pied. (*Presse médicale*, 1897, p. 169.)

Cette opération, que j'ai exécutée pour la première fois sur le vivant le 11 août 1896, repose sur le même principe que l'opération ostéo-



Tracé de l'incision.

plastique de Le Fort. Celle-ci, on le sait, consiste dans la soudure du

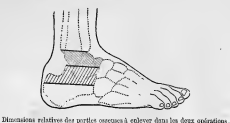


Incisions de l'opération nouvelle (A) et de l'opération de Pasquier-Le Fort (B). Dans la première, la queue horizontale de la raquette est sur un plan un peu supérieur, et les lambeaux se rapprochent davantage de l'extrémité du pied.

tibia et du calcanéum sectionnés horizontalement avec enlèvement de l'avant-pied. Mon opération en diffère en ce qu'elle soude le squelette

jambier non plus au calcanéum, mais bien à l'astragale dont on enlève la poulie par un trait de scie horizontal.

Je ne résumerai point ici la technique opératoire, d'ailleurs par-



Dimensions relatives des parties osseuses à enlever dans les deux opérations. La tranche osseuse à enlever dans l'opération nouvelle (hachures serrées) est beaucoup moins considérable que dans l'opération de Pasquier-Le Fort (hachures totales). La hauteur n'en est guère que des deux cinquièmes.



Résultat opératoire.

faitement réglée. Les figures ci-jointes montrent suffisamment bien les lignes d'incision des parties molles et de section osseuse.

Elle présente sur l'opération de Le Fort les avantages suivants :

Le manuel opératoire en est beaucoup plus simple. Le moignon se trouve allongé de toute la hauteur de l'astragale, le raccourcissement étant réduit à 2 centim. à peine. Enfin la persistance de l'articulation astragalo-calcanéenne conserve au moignon une certaine souplesse qui facilite évidemment la marche.

Il est facile de se rendre compte, par l'examen de la photographie ci-jointe, que le moignon donné par cette opération est fort beau.

Les indications de cette opération sont à peu près les mêmes que celles de l'opération de Le Fort, et c'est surtout dans les cas de tuberculose du tarse antérieur qu'on trouve à l'employer.

Sur le dédoublement du maxillaire inférieur dans l'extirpation des tumeurs malignes adhérentes à cet os. (*Gaz. hebdom.*, 1897, p. 627.)

Lorsqu'une tumeur maligne, un cancer du plancher de la bouche, par exemple, adhère au maxillaire, on a coutume d'enlever en même temps que les parties molles malades le segment osseux suspect. Cette mutilation osseuse présente un très grave inconvénient.

Les deux segments du maxillaire, séparés par toute la largeur du segment osseux que l'on a jugé nécessaire d'extirper, restent indépendants l'un de l'autre, mobiles, plus ou moins déviés sous l'action des muscles voisins, les arcades dentaires ne se correspondent plus, la mastication est très difficile et la situation des malades est, en somme, très pénible.

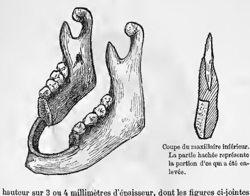
J'ai pensé qu'on pouvait, tout en pratiquant une exérése suffisante, éviter cet inconvénient et conserver un arc osseux, sorte de tuteur naturel, qui unisse l'un à l'autre les deux segments du maxillaire.

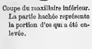
Cela sera possible lorsque le néoplasme, adhérant simplement à la table interne du maxillaire inférieur, qu'il faut enlever, sera assez récent pour qu'on puisse être assuré qu'il n'a point pénétré cette table interne dont le tissu est très compact et que la table externe est restée tout à fait indemne.

Dans un cas opéré le 12 janvier 1897 et que j'ai revu 13 mois après sans l'ombre d'une récidive, j'ai employé ce procédé qui m'a donné un résultat vraiment magnifique.

Le malade présentait un cancer des plus nets occupant le plancher de la bouche depuis la face inférieure de la langue jusqu'à l'arcade dentaire qui était envahie.

J'ai enlevé cette tumeur par la voie sus-hyoïdienne en conservant au niveau du maxillaire un arc osseux ayant environ un centimètre de





Coupe du maxillaire inférieur. La partie hachée représente la portion d'os qui a été enlevée.

hauteur sur 3 ou 4 millimètres d'épaisseur, dont les figures ci-jointes donnent une idée exacte.

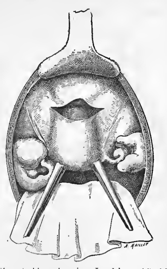
Le résultat fonctionnel et thérapeutique a été parfait.

Sur un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale. La section médiane de l'utérus. (*Presse méd.*, 1897, p. 237.)

Voici dans quels termes j'ai décrit ce procédé :

« Le procédé que je vais décrire s'adresse surtout aux utérus de dimension normale, ou dont le volume est relativement faible. C'est dire qu'il convient avant tout aux annexites suppurées. Il donnerait certainement de bons résultats dans les fibromes de petit volume. Mais, comme il vaut infiniment mieux enlever ceux-ci par la voie

vaginale, c'est là une indication qui ne se présentera qu'à titre exceptionnel. Quant aux fibromes de gros volume, certains procédés actuels, et en particulier celui de Doyen, lui sont certainement supérieurs.



Le fond de l'utérus est saisi avec deux pinces. Le cul-de-sac péritonéal antérieur est ouvert et la vessie repoussée en bas.

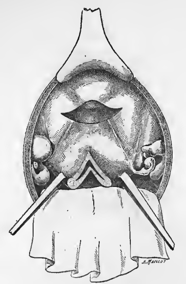
Dans tous les autres cas, et surtout, je le répète, dans les annexites suppurées, je le crois supérieur à tous les procédés connus.

« Le voici très brièvement exposé. Les figures ci-jointes le feront comprendre plus vite que toute description.

« Le chirurgien se place à gauche.

« La malade étant sur le plan incliné, le ventre maintenu largement ouvert par une grande valve sus-pubienne et les intestins bien pro-

tégés par des compresses, comme dans tous les procédés, on saisit le fond de l'utérus avec deux pinces solides qui mordent chacune un peu en dehors de la ligne médiane. On incise alors le péritoine sur la

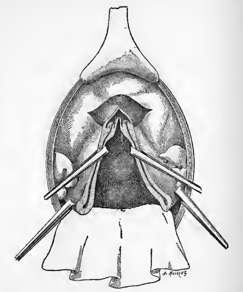


Le premier coup de ciseaux est donné. Le fond de l'utérus est divisé en deux moitiés par la section médiane.

face antérieure de l'utérus, au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin, et on repousse la vessie vers le bas, de façon à n'avoir plus à s'en occuper.

« Avec de forts ciseaux droits *on sectionne alors l'utérus sur la ligne médiane, du fond vers le col.*

« Cette section, extrêmement simple, qui se fait sans hémorrhagie si l'on se tient bien exactement au milieu, demande simplement, dans certains cas, un peu d'attention, afin que la branche postérieure des

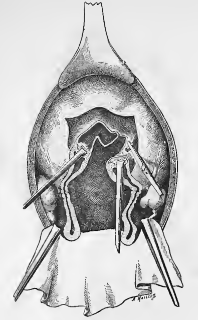


La section médiane est complète. Des pinces tiennent les tranches utérines. Le col apparaît coupé en deux dans le vagin qui est ouvert. L'écartement des deux moitiés utérines laisse voir, dans le fond, le rectum.

ciseaux ne blesse pas les poches salpingiennes qui pourraient se trouver dans le cul-de-sac postérieur.

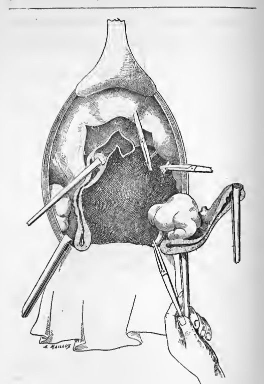
« En trois ou quatre coups de ciseaux, la section est complète. L'utérus est alors partagé en deux moitiés, et le vagin se trouve tout

naturellement ouvert en avant et en arrière sur la ligne médiane. Les



Les deux moignons cervicaux ont été saisis avec une pince. A droite, le col a été attiré en haut après section du vagin. L'artère utérine est sectionnée. L'utérus commence à se dérouler de bas en haut.

tranches utérines sont saisies de chaque côté par une nouvelle pince, deux au besoin.



Après section du ligament rond, la moitié utérine et les annexes correspondantes sont complètement renversées. Le tout ne tient plus que par les vaisseaux utéro-ovariens qu'une pince a déjà saisis.

« Une bonne pince est alors amarrée de chaque côté sur le col, et l'on commence à extirper une des moitiés utérines avec les annexes qui lui sont fixées, en commençant par le côté qui semblera le plus favorable. Quand on a le choix, je crois qu'il vaut mieux s'attaquer d'abord au côté droit.

« Le moignon cervical de ce côté étant fortement attiré en haut, on sent une bride résistante qui limite son ascension. C'est la moitié droite de la paroi vaginale qui s'insère en ce point sur le col et le retient dans la profondeur. Un coup de ciseaux sur cette bride résistante, au ras du col, et celui-ci se laisse immédiatement attirer vers le haut.

« A partir de ce moment, il n'y a plus d'obstacles, et la moitié utérine à laquelle on s'est attaqué va se dérouler peu à peu en se retournant, en se décollant de la paroi pelvienne, et en entraînant avec elle les annexes.

« Il y a bien, tout près du col, l'artère utérine, mais rien n'est plus simple que de la couper, en la pinçant avant ou après sa section, suivant qu'on la verra bien ou mal. On ne risque rien. Il suffit de ne pas s'écarter du bord de l'utérus.

« L'insertion vaginale et l'artère utérine étant sectionnées, toutes les parties à enlever se décollent, se déroulent, je le répète, avec une facilité surprenante. Et si les annexes présentent quelques adhérences avec les parties voisines, elles sont beaucoup plus faciles à séparer et à décortiquer, que lorsque l'on s'attaque directement à elles, parce qu'on les tourne pour ainsi dire et qu'on les attaque de bas en haut et de dehors en dedans, c'est-à-dire en des points où on peut emporter avec elles le feuillet péritonéal auquel elles adhèrent et où elles sont très faciles à mobiliser. Si quelques adhérences avec l'intestin restent encore, on les détruira avec les précautions ordinaires. En tous cas on ne s'occupe d'elles qu'à la fin, lorsque leur mobilité rend les manœuvres plus faciles et plus innocentes. Dans ces conditions, la masse à enlever ne tient plus que par le ligament rond qu'on a pu parfois couper un peu plus tôt, et par le pédicule des vaisseaux utéro-ovariens, que l'on coupe directement ou après l'avoir étreint avec une pince ou simplement avec les doigts.

« L'opération étant terminée du côté droit, il ne reste qu'à répéter du côté gauche une opération identique. Elle est non moins facile et non moins rapide.

« Lorsque l'utérus et ses annexes sont enlevés et les quelques vaisseaux liés au catgut, on termine l'opération, comme dans les procédés ordinaires, en suturant le péritoine et en fermant le vagin ou le laissant ouvert suivant les habitudes ou les préférences de chacun. Pour ma part, je le laisse ouvert. Un drainage vaginal avec un tube large et une longue mèche iodoformée complète l'opération.

« Le ventre est refermé comme à l'ordinaire.

« Telle est cette opération.

« Elle est d'une surprenante facilité et permet d'enlever très rapidement des utérus et des masses annexielles dont, au premier abord, la dissection et la décortication semblent très difficiles.

« Je répondrai immédiatement au reproche qu'on pourrait lui faire de nécessiter l'ouverture de la cavité utérine souvent infectée.

« Je ne crois pas que, lorsqu'on laisse un drainage vaginal, une contamination légère du petit bassin soit bien dangereuse. Il suffit de voir la rareté des accidents après la rupture de poches certainement septiques au cours d'une décortication laborieuse. En tout cas, je préfère, à tout prendre, l'ouverture de l'utérus à la rupture d'une trompe qu'elle évitera bien souvent. D'ailleurs, il est bien simple, au fur et à mesure de l'ouverture de la cavité utérine, de la stériliser en la touchant énergiquement, après chaque coup de ciseau, avec la lame du thermocautère.

« Quant aux avantages de ce procédé, ils se résument en un mot: il est, à moins de cas tout à fait exceptionnels, impossibles à prévoir et qui se retrouvent dans tous les procédés, quels qu'ils soient, d'une application extraordinairement facile. Il permet d'enlever vite et bien des utérus et des annexes enflammées et adhérentes dont la décortication par tous les autres procédés serait plus laborieuse et par conséquent plus grave.

« Il est facile de comprendre les causes de cette grande simplicité : au lieu d'aborder la masse à extirper par sa phériphérie, qui constitue la zone dangereuse, on l'aborde directement par son centre, où l'on ne risque rien et où la voie est toujours libre. Coupée en deux, elle s'ouvre comme un fruit mûr, et ses deux moitiés, libérées de leurs attaches inférieures, se déroulent, se renversent et s'énucléent avec une facilité remarquable.

Lorsque j'ai décrit ce procédé, je ne l'avais encore mis en pratique qu'une fois. Une plus longue expérience n'a fait que me convaincre davantage de sa supériorité. Il m'a permis, dans des cas en apparence très difficiles et dans lesquels le cul-de-sac postérieur comblé par les trompes adhérentes avait complètement disparu, d'enlever l'utérus et les annexes avec une facilité qui m'a véritablement stupéfié.

M. Quénu, qui s'en est servi plusieurs fois dans des cas d'annexites et de cancer du col, vient de déclarer à la Société de chirurgie, qu'il avait trouvé ce procédé extrêmement commode. J'enregistre son témoignage avec plaisir, et j'attends avec confiance celui des chirurgiens qui voudront bien l'imiter.

Dans presque tous les cas, on le sait, le cul-de-sac antérieur est libre et le décollement de la vessie se fait sans aucune difficulté.

La section médiane, tant que l'utérus n'est pas très gros, est aussi extrêmement simple. Il suffit de ne pas perdre de vue la cavité utérine pour arriver sûrement et nécessairement dans le vagin. Mais il est indispensable d'achever complètement ce premier temps. Il faut, au début, ne s'occuper que de la section médiane et ne passer à d'autres manœuvres que lorsqu'on a la certitude d'être dans le vagin et d'avoir complètement sectionné le col.

La section de la tranche vaginale au niveau de son insertion sur le col est très facile. Il suffit, je le répète, d'attirer en haut avec une pince le segment de col par lequel on veut commencer et de sectionner au ras de l'utérus les tissus qui se tendent sous l'influence de cette traction.

Le vagin détaché, le reste de l'opération n'est plus qu'un jeu. Quand les trompes sont haut situées, comme c'est le cas le plus général, on les aborde par-dessous et elles suivent la moitié utérine à laquelle elles sont fixées, avec une facilité surprenante.

Il peut se faire, et cela m'est arrivé, que les trompes soient, au contraire, bas situées, dans le cul-de-sac de Douglas qu'elles comblent. Dans ces conditions l'extirpation est, sinon plus difficile, au moins un peu plus longue.

En effet, lorsque la moitié utérine, dont on a désinséré le vagin, a été renversée en haut, les trompes qu'on ne peut aborder par-dessous, comme dans le cas précédent, restent encore dans le cul-de-sac de

Douglas où il faut aller les chercher en les décollant prudemment des organes auxquels elles adhèrent. Mais cette manœuvre est alors facile parce qu'on n'est plus gêné par la présence de l'utérus et qu'on profite du large espace laissé libre par la moitié utérine enlevée pour arriver sur elles et les décoller en voyant bien ce que l'on fait.

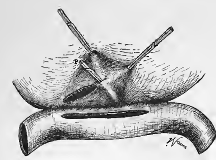
Je répète, parce que je ne saurais trop insister sur ce point, que ce procédé est d'une facilité surprenante. Il m'est arrivé dans des cas qui, au premier abord, semblaient difficiles, d'extirper l'utérus et les annexes en cinq ou six minutes. Dans un cas où, il est vrai, ni l'utérus ni les annexes n'étaient malades, mais où j'ai dû pratiquer l'hystérectomie pour permettre un large drainage du bassin semé de kystes hydatiques, j'ai pu enlever par mon procédé l'utérus en une minute et demie. Quelques minutes de plus ou de moins n'ont pas, je le sais, grande importance ; mais, si je cite ce chiffre, c'est seulement parce qu'il est de toute évidence qu'un procédé qui permet d'enlever l'utérus et les annexes avec cette rapidité est un procédé d'une facilité incomparable.

Sur un nouveau procédé de gastro-entérostomie : La gastro-entérostomie par invagination. (*Congrès de chirurgie*, 22 octobre 1897, p. 421.)

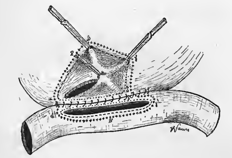
Ce procédé, destiné à empêcher le reflux des aliments par le bout supérieur de l'intestin, consiste essentiellement à invaginer dans l'intestin une portion conique de l'estomac tout en pratiquant sur le cône stomacal invaginé un orifice disposé de telle sorte qu'il verse directement et nécessairement les aliments dans le bout inférieur de l'intestin.

Les figures ci-contre montrent les principaux temps de cette opération ; cette invagination est d'ailleurs assez difficile, au moins sur les estomacs qui ne sont pas très dilatés. Aussi lui ai-je fait subir une modification très importante et qui la rend beaucoup plus facile. (Voir plus loin.)

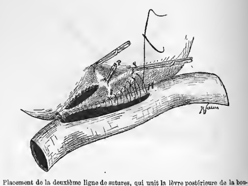
Mais après une pylorectomie, comme le montre très clairement la figure ci-jointe, elle est au contraire d'une application très facile et il est beaucoup plus simple d'invaginer dans une boutonnière intesti-



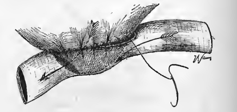
La suture postérieure est placée. La zone postérieure a été délimitée par deux pinces de Kocher. Une troisième pince P saisit le centre de la zone et détermine ainsi le sommet du cône à invaginer. — La boutonnière gastrique a été faite obliquement, sur le grand axe de la zone à invaginer. Elle est ourlée par un surjet. — La boutonnière intestinale est faite.



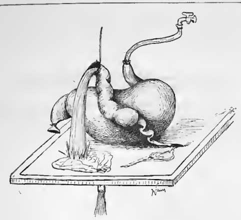
Trace des lignes de sutures. La suture postérieure est terminée. La deuxième ligne de sutures (points séparés) est en $\alpha\delta\gamma$ et en $\alpha'\delta'\gamma'$. La troisième ligne (tirets) en $\alpha\beta\gamma$ et $\alpha'\beta'\gamma'$. La quatrième ligne (croix), extérieure à la troisième et à une partie de la seconde qu'elle contourne, est en $\alpha\beta\gamma\delta$ et en $\alpha'\beta'\gamma'\delta'$.



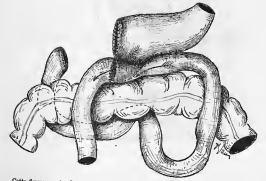
Placement de la deuxième ligne de sutures, qui unit la lèvre postérieure de la boutonnière intestinale, à la ligne αδγ. L'extrémité droite du surjet n'est pas serrée. Le cône gastrique commence à s'incliner vers la boutonnière intestinale.



Placement de la troisième ligne de sutures. Le cône gastrique a été complètement invaginé dans la boutonnière intestinale. Le surjet qui unit la lèvre antérieure de cette boutonnière à la ligne αβγ a été terminé. La paroi de l'estomac se plisse légèrement pour pénétrer dans la boutonnière intestinale. Des flèches montrent la voie que prendront les aliments arrivant de l'estomac et du bout supérieur.



Rôle de la valvule. De l'eau est amenée par un tuyau jusque dans l'œsophage. Le duodénum est lié. L'anastomose par invagination a été établie. L'estomac se remplit et se distend. Dans ces conditions l'eau distend le bout inférieur de l'intestin, qui est ici maintenu relevé par un crochet, remonte jusqu'à l'orifice et s'écoule au dehors. Le bout supérieur, au contraire, est flasque et retombe en laissant à peine passer quelques gouttes d'eau.



Cette figure montre la manière d'établir une gastro-entérostomie par invagination après pylorectomie. L'angle inférieur de l'estomac sectionné est invaginé dans l'anse jéjunale. Les sutures extérieures apparaissent seules. Les flèches indiquent le cours des aliments.

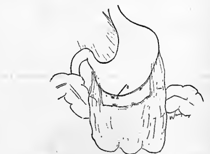
nale l'angle inférieur de la section gastrique que de faire une gastro-entérostomie par les procédés ordinaires.

Cette invagination est également applicable à la cholécystentérostomie.

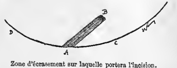
Sur une modification à la gastro-entérostomie par invagination. (*Revue de gynécologie et de chir. abdominale*, 10 février 1898.)

Ce nouveau procédé est une modification du procédé que je viens de résumer. Il est d'une exécution beaucoup plus facile, surtout si on se sert d'une pince à écrasement comme celle que j'ai fait construire.

Les figures ci-jointes et les légendes qui s'y rapportent permettent de



Libération de la grande courbure L'épiploon a été désinséré, ligaturé et rejeté en bas. En A B, tracé de la zone d'écrasement.



Zone d'écrasement sur laquelle portera l'incision.

se rendre compte très facilement des divers temps de cette opération.

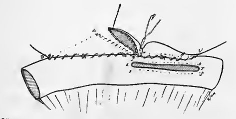
Je crois qu'au point de vue de la circulation des aliments et de leur reflux possible dans le bout supérieur de l'intestin, elle offre plus de



La lambeau angulaire droit a été refoulé dans l'estomac et est assujetti par un surjet en B D. Le lambeau de gauche B A C sera invaginé dans l'intestin.



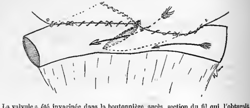
Les bords du futur orifice valvulaire ont été ourlés. Un fil mis à la base de la valvule l'oblitère de façon à empêcher l'issue des matières contenues dans l'estomac, pendant l'opération.



L'intestin a été fixé à l'estomac par un long surjet de D en V. La valvule est relevée pour l'exécution de ce surjet. La boutonnière intestinale est faite.

sécurité que les procédés ordinaires à anastomose unique, et, si elle ne présente évidemment pas, sous ce rapport, la sécurité absolue de

la gastro-entérostomie en Y, je la crois certainement plus facile et plus rapide que cette dernière.



La valvule a été invaginée dans la boutonnière après section du fil qui l'obturait. Les lèvres de la boutonnière intestinale ont été suturées à la base de la valvule. L'opération est terminée. Les flèches indiquent la direction des aliments.

Sur un nouveau procédé pour la cure de l'éventration. (*Gaz. hebdom.*, 1898, p. 157.)

Ce procédé consiste à réunir les deux grands droits et leurs gaines par un surjet fait avec une lanière aponévrotique taillée aux dépens de ces gaines, ainsi que les figures ci-jointes permettent de s'en rendre compte.

La malade sur laquelle je l'ai employé présentait une éventration considérable consécutive à une laparotomie.

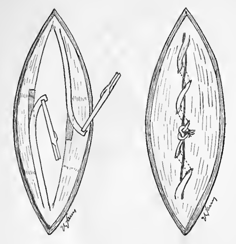
L'opération a été faite sans ouvrir le péritoine, dont la résection me semble parfaitement inutile. Elle a donné un résultat excellent. Quatre mois après l'opération il s'était maintenu parfait; l'impulsion était nulle et la paroi solide.

Pour me rendre compte de la valeur du surjet aponévrotique, j'avais fait à cette malade une suture intra-dermique.

Il n'y avait donc pas ici les fils qui, dans les sutures ordinaires, prennent avec la peau les tissus profonds et suffisent à assurer leur coalescence.

Je crois que les languettes aponévrotiques que j'ai employées et dont la solidité, sans être excessive, est cependant assez considérable,

doivent constituer un moyen de suture très efficace. C'est en effet une suture souple et plastique, une suture vivante qui fait bientôt corps avec les parties qu'elle est destinée à unir et qui les solidarise les



unes avec les autres mieux que n'importe quelle soie, exposée d'ailleurs à s'éliminer et à nécessiter des interventions ultérieures insignifiantes, mais insupportables.

Sur un nouveau procédé de cure radicale des hernies sans fils perdus. (*Presse médicale*, 1898, p. 49.)

Ce procédé consiste à se servir du sac divisé suivant son axe, pour exécuter sur les piliers une véritable suture vivante qui ne se résorbe pas comme le catgut, ne s'élimine pas comme la soie et ne tarde pas à faire corps avec les tissus qu'elle est destinée à unir.

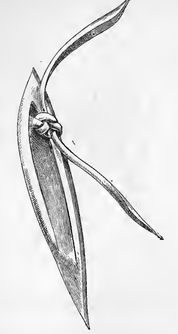
Les deux moitiés du sac sont ainsi transformées en des lanières qu'on dégrossit au besoin, et qu'on noue à leur origine de façon à



Section longitudinale du sac en deux moitiés.

oblitérer l'orifice péritonéal. Ces lanières sont alors passées alternativement dans les piliers de manière à former une suture en lacets de bottines, ainsi que le montrent les figures ci-jointes. On arrête ce double surjet par un simple nœud assujetti par un catgut abandonné comme sur un vaisseau.

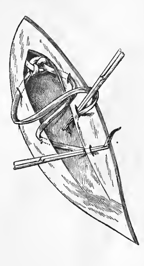
On obtient de la sorte immédiatement après l'opération, une paroi



Oblitération du sac par un nœud.

solide et résistante, et les tissus vivants et plastiques qui forment la suture, ne peuvent, en s'organisant, que la consolider encore.

Ce procédé nécessite pour pouvoir être employé un sac assez long. La plupart des hernies scrotales sont dans ce cas. Il faut aussi un sac assez résistant. Il y aura donc avantage à garder la couche

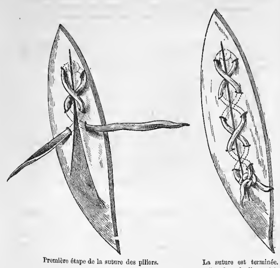


Les lanières péritonéales sont passées en surjet à travers les lèvres du trajet inguinal. (Les pinces ici représentées sont remplacées avec avantage par une aiguille spéciale.)

fibreuse qui le double en général et qui constitue pour la suture une lanière à la fois souple, élastique et résistante.

J'ai employé ce procédé dans un certain nombre de cas et n'ai eu qu'à m'en louer. Dans une hernie à très large orifice, je l'ai employé

également ; le résultat s'est maintenu parfait. La paroi est solide et



Première étape de la suture des piliers.

La suture est terminée. Les deux lanières péritonéales sont arrêtées par un nœud (ou mieux par un catgut).

l'anneau qui admettait les cinq doigts reunis a complètement disparu.

Traitement chirurgical de la paralysie faciale consécutive à un traumatisme intra-rocheux : l'anastomose du facial et de la branche trapézienne du spinal. (En collaboration avec le Dr F. Furet. *Acad. de Médecine*, 1er mars 1898, et *Gaz. des hôp.*, 8 mars 1898.)

J'ai pratiqué cette opération le 23 janvier 1898 sur un malade qui présente depuis la 13 juillet 1896, une paralysie faciala absolue à la suite d'un coup de revolver dans l'oreille droite.

La dégénérescence du facial est complète.

Voici les principaux temps de cette opération.

Incision de 12 centimètres sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, à partir du pavillon de l'oreille; recherche du tronc du facial au point où il croisa transversalement la base de l'apophyse styloïde, et section de son tronc. Recherche de la branche externe du spinal dont on sectionna lo faisceau trapézien au point où il entre dans le sterno-mastoïdian, en respectant les rameaux nerveux qui vont à ce muscle. Anastomose des deux troncs nerveux par une suture au catgut en amenant le spinal au contact du facial par-dessus la ventre postérieur du digastrique.

Suture de la peau.

Il est impossible de sa prononcer encore sur le résultat thérapeutique, sur lequel nous na serons fixés que dans plusieurs mois.

Mais les notions actuellement acquises sur la régénération des nerfs après leur suture permettent d'espérer que les tubes nerveux partis du bout central du spinal, iront régénérer la bout périphérique du facial, provoquer le rétablissement de la contractilité musculaire et guérir la paralysie.

C'est donc là une opération rationnella et qui repose sur des bases scientifiquas.

Étant donnés les résultats inconstants que donnent les sutures nerveuses, surtout sur des nerfs dégénérés, il est nécessaire, pour se prononcer définitivement sur la valeur de cetta opération, d'avoir un plus grand nombre d'observations. Mais il ast évident qu'un seul succès suffirait à la légitimer dans tous les cas.

Le manuel opératoire est parfaitement réglé. C'est une opération délicata, mais relativement simple, et tout à fait inoffensiva.

Le pis qui puisse arriver est qu'elle échoue et laisse après elle une légère parésie du trapèze.

Au cas où on ne serait pas absolument certain de la destruction du facial dans le rocher, on pourrait, au lieu de le sectionner au sortir du trou stylo-mastoïdien, se borner à le dissocier légèrement au point le plus commode, à l'endroit où, après avoir croisé la base de l'apophyse styloïde, il pénètre dans la parotide. On pourrait alors introduire parmi les faisceaux dissociés, ou plus simplement dans une petite boutonnière faite à la partie latérale, l'extrémité effilée de la branche trapézienne du spinal et l'y fixer par un point de suture.

On peut se demander aussi si, en cas de réussite et de régénération du nerf aux dépens du spinal, le malade sera susceptible d'adapter son centre moteur du trapèze à sa nouvelle fonction et de s'en servir pour commander aux mouvements de la face. Il est possible qu'il n'y puisse pas parvenir et qu'il soit exposé à contracter ses muscles faciaux aux lieu et place de son trapèze. Ce sont là des détails auxquels l'avenir se chargera de répondre. Mais ce serait déjà beaucoup que de corriger, à l'état de repos, l'asymétrie faciale, et de rendre aux muscles paralysés leur tonicité perdue.

INSTRUMENTS

1° Pince a longs mors coudés a angle droit

Cette pince que j'ai fait construire pour assurer l'hémostase de plusieurs espaces intercostaux dans l'hémi-résection du thorax, est très commode, grâce à sa forme coudée à angle droit. Elle peut aussi servir d'entérotome, et dans ce cas sa forme qui permet à ses branches de reposer sur le ventre la rend peu encombrante.

2° Pince a crémaillère a mors courbes de 17 centimètres

J'ai fait faire cette pince à mors immenses pour les opérations sur l'estomac. Elle permet en effet de saisir l'estomac dans toute sa largeur et d'interrompre ainsi momentanément l'issue des matières gastriques. Elle est également très commode pour saisir dans toute sa longueur le scrotum, lors des opérations de résection pour le varicocèle.

3° Aiguille de Reverdin a large chas

Cette aiguille est d'un volume relativement énorme et le chas qu'elle présente a environ 5 millimètres de longueur sur 3 millimètres de largeur. Ces grandes dimensions lui permettent de saisir facilement une des lanières péritonéales constituées par la moitié du sac dans mon procédé de cure radicale des hernies sans fils perdus.

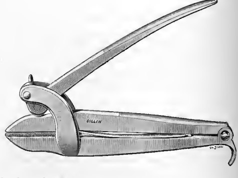
4° Pince a plateaux avec crêtes transversales

Cette pince qui ressemble aux larges pinces à kystes se termine par un plateau de 7 millimètres seulement de diamètre, avec de fortes

crêtes transversales lui donnant une prise solide. Elle sert dans l'hystérectomie abdominale totale à saisir la tranche du vagin dès que celui-ci est ouvert. Elle reste à demeure jusqu'à la fin de l'opération et permet de retrouver la tranche supérieure du vagin et de l'attirer facilement vers le haut lorsqu'on le juge nécessaire. Les crêtes saillantes que présentent ses plateaux rendent tout dérapage impossible.

5° Grande pince a écrasement des tissus

Cette pince qui facilite singulièrement les ligatures sur les gros pédicules puisqu'elle permet souvent, sur l'épiploon, les ligaments larges, etc., de remplacer les ligatures en chaîne par un simple catgut, et



dont les applications à la chirurgie intestinale sont très importantes, est douée d'une puissance formidable. Elle écrase tous les tissus qu'on introduit entre ses mors et les réduits à l'épaisseur d'une feuille de papier.

Elle a sur les pinces analogues de Doyen et de Tuffier l'avantage de pouvoir se manœuvrer facilement d'une seule main.

6° Pince a abaissement pour l'hystérectomie vaginale

Ces pinces d'un modèle un peu spécial présentent au-dessous de leurs dents un plateau muni de crêtes transversales dont l'arête regarde un peu vers le bas et qui sont destinées à saisir le tissu utérin et à le serrer fortement pendant que les dents le pénètrent. Elles tiennent plus solidement que les pinces de Museux ordinaires et dérapent moins lorsque le tissu est friable.

TABLE DES MATIÈRES

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE